

ANDRÉ RIBEIRO TROIANO

**SÍNDROME DE GESCHWIND-WAXMAN: RELATO
DE CASO E BREVE REVISÃO DA LITERATURA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1999

ANDRÉ RIBEIRO TROIANO

**SÍNDROME DE GESCHWIND-WAXMAN: RELATO
DE CASO E BREVE REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Trevisol-Bittencourt

FLORIANÓPOLIS

1999

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que, com amor e dedicação, tornaram a jornada até este ponto de minha vida um caminho muito agradavelmente percorrido.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo e paciência.

Ao professor Paulo César Trevisol-Bittencourt, pelo crédito, amizade, e pela disponibilidade e pronta ajuda que só o verdadeiro professor pode demonstrar.

Ao senhor JCS, que, com solicitude e certa desconfiança, aceitou ver suas obras tornarem-se públicas.

Ao professor José Marino Neto, pelas belas figuras do lobo temporal medial.

A Sergei Rachmaninov, Antonin Dvorak, Nikolai Rimsky-Korsakov e Aleksandr Borodin, compositores da trilha sonora que envolveu o preparo deste trabalho.

ÍNDICE

| | |
|------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 05 |
| 2. OBJETIVO..... | 08 |
| 3. MÉTODO..... | 09 |
| 4. RELATO DO CASO..... | 10 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 17 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 29 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 30 |

RESUMO

SUMMARY

“E se for uma doença, qual o problema de ser uma intensidade anormal, se o resultado, se a exata sensação, recordada e analisada posteriormente na saúde, revela-se o auge da harmonia e da beleza [...] da perfeição e da proporção?”

Fyodor M. Dostoievsky

1. INTRODUÇÃO

A humanidade sempre encarou a fenomenologia epiléptica de forma equivocada. Por muitos séculos, pacientes epiléticos foram considerados inválidos, malquistos e até mesmo perigosos a sociedade. Aliás, epilepsia foi, e continua sendo em diversas nações, considerada expressão de fenômenos sobrenaturais, sobretudo de possessão demoníaca ¹. Consequentemente, estes indivíduos foram temidos e ridicularizados pela população, incluindo aqui os médicos ^{2,3,4,5}. Interpretados como uma espécie de *deficiente mental-espiritual*, sofreram restrições sociais altamente constrangedoras e limitantes. Naturalmente, o isolamento social que lhes foi imposto foi responsável por alterações de conduta que contribuíram para acentuar fantasiosas anormalidades, agregando ainda mais dificuldades existenciais para estes indivíduos. Culminando este processo, uma forte relação entre epilepsia e distúrbio psiquiátrico foi então estabelecida pela medicina de outrora, solidificando esta visão social distorcida.

A propósito, Joaquim Maria Machado de Assis, o maior expoente da literatura brasileira, era portador de epilepsia e pôde como ninguém enriquecer a complexidade de nosso idioma abordando as eternamente instáveis relações sociais. Neste contexto, é bastante provável que um de seus contos mais belos e instigantes, intitulado “O Alienista”, onde manifesta todo seu virtuosismo intelectual, seja um libelo pioneiro em nosso país, contra a psiquiatria ortodoxa que interpretava a epilepsia como sintoma de desordem mental. Esta sua obra pode ser interpretada como a rebeldia de um indivíduo epilético, dotado de uma capacidade ímpar de usar a ironia e a crítica, vivendo sob as agruras de uma psiquiatria pseudo-científica e altamente opressiva. Na figura do Dr. Simão Bacamarte e da Casa Verde, estão representados a tirania dogmática exercida

por esta especialidade médica nas décadas anteriores. Além disso, deve ter contribuído o fato de ser mulato, pois, discriminação racial era amplamente praticada no Brasil machadino. Estes ingredientes, com toda certeza, iluminaram o autor na elaboração deste texto magistral⁶.

Contribuindo para agravar os desencontros, ressalte-se que as primeiras drogas anti-epiléticas, brometos e barbitúricos, desempenharam um marcante papel na deterioração das funções cognitivas, assim como no comportamento destes indivíduos. Todavia, com o advento de novas drogas, tais aspectos acabaram sendo minimizados e o controle das crises, podendo ser obtido com menor influência sobre a função cortical superior e desempenho cognitivo, e também com redução dos transtornos comportamentais, trouxeram à tona o ideal de se ver os pacientes livres não só de suas crises, mas também do estigma em torno de sua condição. E neste desígnio, o primeiro lastro a se desvencilhar era o pesado rótulo da “personalidade epilética”. Curiosa e surrealmente, os traços descritos da dita personalidade podiam ser também identificados como sintomas secundários ao uso crônico de barbitúrico. Logo, em muitos pacientes diagnosticados como possuidoras da mesma, ficou claro que *personalidade barbitúrica* seria a expressão mais adequada para defini-la.

No entanto, este movimento contra o preconceito a epilepsia refletiu-se de forma inadequadamente forte e generalizadora sobre o estudo dos distúrbios comportamentais a ela relacionados: da afirmação inicial de William Lennox (pioneiro da epileptologia norte-americana) de que “a grande maioria dos pacientes é psicologicamente normal”⁷, surgiu uma extrapolação que negava absolutamente qualquer relação entre epilepsia e distúrbio de personalidade⁸.

Como qualquer tendência extremista, esta, por sua vez, também tinha importantes aspectos limitantes, impedindo ou fechando os olhos para que traços de personalidade, às vezes nem tão sutis, não fossem percebidos pelos médicos e pela sociedade. A tal ponto chegou esta “reforma”, que fundos de apoio a

pesquisa eram sistematicamente negados ao se tratar do estudo da personalidade dos indivíduos portadores de epilepsia. Salientamos que a quantidade e a qualidade das investigações acerca destes problemas de comportamento, neste período, foi reduzida quase ao ponto da inexistência ⁸.

Contrariando o modismo (sempre nefasto!), os primeiros relatos de Norman Geschwind sobre a incidência e a natureza de distúrbios interictais de personalidade foram publicados entre 1974 e 1979 com seu colega Stephen Waxman ^{9,10}, e causaram grande impacto no mundo neurológico ¹¹. As descrições de casos clínicos de seu pequeno número de pacientes com epilepsia do lobo temporal não-dominante, com características similares de personalidade, renderam-lhe a criação do epônimo “síndrome de Geschwind”, ou “síndrome de Geschwind-Waxman”. Era a primeira vez em que um conjunto específico de alterações marcantes da personalidade era descrito associado a um tipo específico de crise epilética. A partir destas notificações iniciais, pôde-se isolar um grupo de sinais de comportamento constituído por (1) circunstancialidade, (2) grande preocupação acerca de temas de caráter moral, filosófico, religioso ou ético, (3) hipossexualidade e (4) irritabilidade ^{9,10}.

A reação causada em torno desta descrição levou à procura por estes traços de personalidade em um vasto número de indivíduos e à criação de um escore de quantificação de psicopatologia específica do lobo temporal. Este escore, concebido por Bear e Fedio ¹², foi aplicado em vários estudos em diferentes grupos de indivíduos ^{13,14,15,16,17}. Os resultados, na maioria das vezes, não foram úteis em validar esta escala e não puderam detectar distúrbio de personalidade compatível com a síndrome de Geschwind-Waxman em pacientes com epilepsia do lobo temporal. Em vista destes resultados, a existência deste síndrome foi posta em dúvida ¹⁸. No entanto, JCS, um paciente que frequenta a nossa clínica multidisciplinar de epilepsia, pelas peculiaridades de seu comportamento, sugere que ela é um fato.

2. OBJETIVO

Com o intuito de ilustrar a proposta sindrômica de Norman Geschwind e Stephen Waxman e de tentar compreender as direções que os estudos baseados na escala de Bear-Fedio têm trilhado, apresentamos o relato de um senhor com o quadro clássico da síndrome de personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal não-dominante. Em seguida, revisamos os principais tópicos da literatura sobre o assunto.

3. MÉTODO

Relatamos o caso de um paciente de 35 anos que apresentou-se à Clínica Multidisciplinar de Epilepsia da Policlínica de Referência Regional do SUS em março de 1992 devido a epilepsia refratária. Além do exame clínico, o paciente foi submetido a exames laboratoriais, eletroencefalografia, tomografia axial computadorizada e ressonância magnética nuclear de crânio. É relatada sua evolução ambulatorial.

4. RELATO DO CASO

JCS, 35 anos, masculino, brasileiro (índio/português/negro), solteiro, natural de Lages e procedente da Palhoça – SC, aposentado, grau primário de instrução, crente, destro, três internações anteriores, duas delas em hospitais psiquiátricos.

O senhor JCS é portador de epilepsia parcial complexa.

Aos dez anos de idade, apresentou 3 episódios de crises parciais simples psíquicas, caracterizadas por sensação de intenso medo, num espaço de 2 dias. Uma semana após estes episódios, repetiu-se crise parcial simples psíquica (CPSP), terror repentino, seguida de automatismos psicomotores (crise parcial complexa – CPC) que evoluíram a crise generalizada tônico-clônica (CGTC). Desde então, o paciente apresenta estes 3 tipos de crises de natureza epilética, tendo CPSP diversas vezes ao dia, evoluções a CPC várias vezes por semana e generalizações secundárias várias vezes por mês.

Os acessos epiléticos frequentes, amiúde diários, renderam-lhe os empecilhos e estigmas sociais típicos dos sofrendores deste sintoma, de forma que teve a matrícula escolar negada a partir da 5ª série. Doutra feita, em uma ocasião especialmente traumatizante em que havia desenvolvido quadro anamnesticamente compatível com status epileticus não-convulsivo, foi contido, agredido e preso pela Polícia Militar. Já esteve internado uma vez em hospital geral e duas vezes em hospital psiquiátrico devido à epilepsia, sem melhora do quadro.

Este senhor nasceu de parto normal hospitalar, a termo, sem intercorrências. Com 4 meses de idade, apresentou 1 episódio de convulsão febril complexa (crise prolongada). Não há história familiar de epilepsia ou doenças neurológicas. A epidemiologia é positiva para neurocisticercose.

O senhor S teve acompanhamento médico por longo período com psiquiatra, e manteve-se refratário aos esquemas terapêuticos instituídos. Iniciou acompanhamento ambulatorial na Clínica Multidisciplinar de Epilepsia do SUS em março de 1992, em uso de difenil-hidantoína 300mg/dia e carbamazepina 800mg/dia. Estava em período de relativa trégua epiléptica, com “ameaças” ocasionais, descritos como “perturbações de um inimigo das trevas” (CPSP). O exame físico demonstrava acne e hiperplasia gengival e o exame neurológico era normal. O eletroencefalograma (EEG) demonstrou foco irritativo temporal direito. Os exames laboratoriais de admissão normais. Foi feito o diagnóstico de epilepsia do lobo temporal (ELT) não-dominante e propôs-se a redução gradual da fenitoína e instauração de monoterapia com carbamazepina. Apesar do acréscimo progressivo de carbamazepina, o paciente manteve praticamente inalterada a frequência das CPS e CPC, com redução da incidência de CGTC. As crises parciais permaneceram problemáticas.

Em 1992, aos 27 anos, foi submetido a tomografia computadorizada (TAC), com resultado normal. Em 1997, uma RMN demonstrava sinais de esclerose mesial temporal direita.

Há 1 ano, o paciente atingiu dose máxima tolerável de carbamazepina e foi adicionado clonazepam. A frequência das crises permaneceu inalterada. Em virtude do insucesso do tratamento clínico, o tratamento cirúrgico foi proposto e está sendo avaliado para este fim.

No período intercrítico, pode-se observar um indivíduo de personalidade intrigante, constituída de alguns traços incomuns de forte representação em sua vida de relação e no desenvolvimento de atividades de seu interesse. São estes traços derivativos de (1) comportamento alterado, (2) sexualidade alterada e (3) circunstancialidade.

A alteração de comportamento caracteriza-se por um cuidado intenso pelas questões religiosas e atenção ao seguimento estrito dos dogmas de sua

igreja. Esta hiperreligiosidade é uma das feições marcantes de sua personalidade, por imbricar-se e manifestar-se em outros traços patológicos, como a circunstancialidade (muitas expressões repetitivas que utiliza são de conteúdo místico-religioso, vide adiante) e a hipossexualidade. O paciente é solteiro e jamais manteve relações sexuais. Esporadicamente, a cada muitos meses, tem pensamentos ou impulsos libidinosos, mas que são prontamente inibidos por sua repressora *consciência* religiosa, que encara o desejo como “coisa feia”.

O sr. S fala incessantemente. Há um notável aumento da necessidade de falar e de comunicar-se verbal e graficamente. Uma longa entrevista pode ser conduzida pelo paciente apenas, num interminável solilóquio, constituído de uma sequência ordenada de assuntos minuciosamente dissecados, ornamentados por lugares-comuns e frases ou interjeições educadas e infalivelmente repetitivas, o que caracteriza a *circunstancialidade*: ir do ponto inicial da explanação à sua meta através do caminho mais longo. Quando perguntado sobre um fato inespecífico qualquer, ele invariavelmente inicia a resposta com uma de suas frases-chavões e elabora languidamente uma explicação completa que só é coroada pela resposta concreta após minutos. Por conseguinte, as consultas ambulatoriais tornam-se longas devido a esta extrema necessidade de sentir-se seguro de estar fornecendo um relato correto, análogo ao de um matemático, livre da possibilidade de qualquer mal-entendido.

A forma mais notável de extravasamento de sua energia comunicativa é a hipergrafia, mais especificamente de construção civil. Numa das consultas de acompanhamento ambulatorial, o senhor S comentou-nos acerca de seus desenhos. A atividade despertou-nos interesse e solicitamos que, no retorno, trouxesse alguns exemplares de sua obra. Um mês depois o paciente voltou com nada menos que uma bobina de 1,5m de largura que, estendida, continha 10m de projetos de casas, ruas e prédios! Esta compulsão e aptidão para desenhar

desenvolveram-se a partir da adolescência, e sempre foram direcionadas à confecção de plantas de casas e edifícios, plantas baixas e fachadas (Figuras 1 a 3). De forma idêntica ao volume de informações transmitidas verbalmente, há o cuidado da expressão gráfica meticulosa desenhada incansavelmente por muitas horas a fio. A preocupação com a representação correta e o impulso exagerado para o desenho podem ser observados em muitos de seus trabalhos. Edifícios de trinta e um andares são desenhados com sacadas e amuradas sistematicamente decoradas segundo sua concepção arquitetônica, repetindo-se a cada andar. A perspectiva é apreciada e respeitada. Comumente os edifícios são vistos do térreo e as casas de vista aérea, de forma a se observar os telhados. Outros ângulos mais sofisticados são infreqüentemente apresentados. Num deles, especialmente surpreendente, o observador está numa esquina observando os edifícios oblíquos à sua esquerda e direita, pertencentes a duas ruas ortogonais. Em outro, observa-se um bloco de fachadas que, ao invés de seguir uma linha reta, descreve um súbito ângulo reto e continua-se com novos edifícios em direção perpendicular.

No entanto, a perspectiva pode mudar e o projeto pode ser visualizado por outro ângulo conforme solicitação do examinador, desde que lhe seja dado tempo hábil para o desenho. O sr. S então “vê” e “anda” mentalmente pelo seu próprio projeto por cima, por baixo ou pelos lados. Deve-se deixar claro que as imagens não são projetadas diante de seus olhos nem há diplopia da consciência. Projetos civis ou de qualquer natureza não lhe são incontinentemente forçados à consciência durante CPS ou qualquer outro estado.

A concepção da obra a ser representada se dá de forma completa em curto espaço de tempo. JCS diz que “imagina prontos” a pintura e a disposição espacial da construção. Este recurso lhe é particularmente útil quando é levado a conhecer um terreno, observa seus acidentes e planeja o projeto que ali poderia ser instalado. Uma capacidade de recordação quase eidética lhe permite que,

posteriormente e em local apropriado, a transcrição gráfica de seu projeto se ajuste às dimensões da área disponível.

Estas habilidades visuo-espaciais e gráficas fizeram-se notar e o paciente obteve bolsa de estudos para cursar disciplinas de técnicas de desenho na Escola Técnica Federal de Santa Catarina (ETEFESC), que lhe permitiriam aperfeiçoar a habilidade adquirida naturalmente. Passaram-se sete anos desde seu ingresso na ETEFESC, e a opinião que o sr. S tem a respeito da experiência que vem tendo é a de que *não me ajudou muito*. Ele estabeleceu uma saudável amizade com seu professor, que lhe incentiva e orienta. Continua frequentando assiduamente os espaços da escola destinados aos desenhos e projetos, onde convive com estudantes com alguns interesses compatíveis e tem à disposição instrumentos como mesas, réguas, compassos e esquadros que auxiliam na composição das obras pelas quais tem tanta devoção e às quais dedica grande parte de seu tempo.

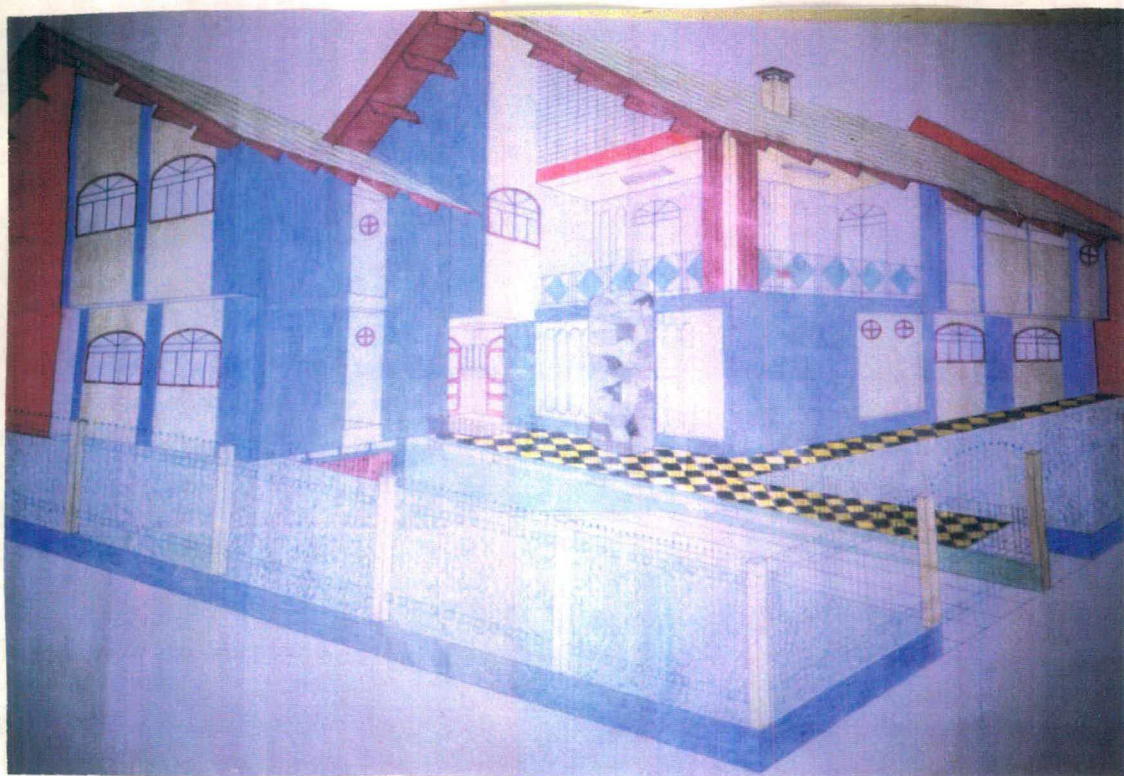


Figura 1. Casa projetada pelo paciente.



Figura 2. Fachada de edificios projetada pelo paciente.



Figura 3. Bobina estendida de papel, demonstrando o volume de desenhos do paciente.

5. DISCUSSÃO

Entre 1974 e 1975, Waxman e Geschwind, em dois artigos distintos ^{9,10}, descreveram os quadros clínicos de nove pacientes epiléticos, oito com foco irritativo predominantemente do lobo temporal não-dominante, e um com foco dominante. Em todos eles havia uma tendência incomum a escrever extensivamente, tipicamente de maneira meticulosa. Outros traços que estes pacientes dividiam incluíam hipossexualidade, com raro ou nenhum impulso sexual, irritabilidade e hiperreligiosidade. O paciente, embora pudesse mudar subitamente de credo proferido de um extremo a outro das religiões de civilizações opostas, comumente o praticava com ardor e dedicação, o que influía sobremaneira nos escritos reiterativos por eles produzidos, ricos em temas religiosos e créditos divinos por conquistas clínicas terrenas. Talvez esta ocupação metafísica faça parte de um conjunto mais abrangente de características da personalidade apresentadas por estes indivíduos, constituído por preocupação com questões de caráter místico, moral, ético e filosófico.

Embora esta fosse a primeira vez em que um síndrome comportamental era associado a uma causa epilética evidente, a psicopatologia relacionada à epilepsia era reconhecida há muito: Kraepelin ¹⁹, em 1906, notou como o paciente *“dava uma descrição longa, embora conexa, de sua condição”*. Glaser ²⁰ observou que *“muitos pacientes eram preocupados com a clareza de sua exposição, e faziam esforços significativos com o intuito de controlar, restringir ou conter emoções e ações de forma a tornarem-se claros, acurados e realistas”*. Pedantes, circunstanciais, ponderados e prolixos eram predicados atribuídos a suas comunicações orais ou escritas. Nosso paciente também apresenta esta característica, conforme apresentado.

Outros estudos, como o de Gibbs ²¹ e de Beard ²², relacionam a alta prevalência de foco epileptogênico temporal em indivíduos com história de *acessos esquizofreniformes ictais e pós-ictais*. Esta associação compreende um outro extenso ramo de estudos da psicopatologia relacionada à epilepsia. Este campo de investigações é mais antigo do que os distúrbios psíquicos interictais ^{23,24} e está num estágio mais avançado de compreensão ^{25,26,27,28}.

Após estes relatos originais, seguiram-se alguns outros apresentando casos semelhantes ^{29,30,31}. Roberts ³² publicou os casos de outros seis pacientes apresentando hipergrafia, combinada de forma inconstante a hipossexualidade, hiperreligiosidade, delírios persecutórios, elação, sentimentos de cunho místico e de missão na Terra, déjà vu, alucinações auditivas, interesse em questões filosóficas e mania. Ao EEG, a maioria possuía foco irritativo temporal não-dominante. Sacks ¹¹, à sua refinada moda literária, conta a história de Franco Magnani, um artista no qual crises parciais complexas e memória visual eidética eram convertidas em belos quadros produzidos por sua compulsão intercomicial por pintar. Durante as crises, o paciente via, ouvia e sentia os odores de sua pequena cidade natal na Itália, que não visitava há 30 anos. Naito ³¹ descreve brevemente o caso de uma senhora japonesa de 62 anos com epilepsia pós-traumática. A paciente apresentava hipergrafia interictal, e seus escritos retratavam minuciosa e repetidamente “experiências” de grande prazer, unidade e completeza místicos. Estes fenômenos foram interpretados como crises do lobo temporal dominante com sensação de êxtase. Muito provavelmente, o extraordinário escritor russo Fyodor Mikhailovitch Dostoievski exibia características semelhantes ^{33,34,35,36}. O autor de “Os Irmãos Karamazov” tinha “estados mentais complexos” no início dos ataques epiléticos, e certa vez comentou sobre eles: *“Vocês, pessoas sadias, não podem imaginar a Felicidade que nós, epiléticos, sentimos durante o segundo que antecede nossos ataques [...] Não sei se essa Felicidade dura segundos, horas ou meses, mas, acreditem,*

*eu não a trocaria por todas as alegrias que a vida pode proporcionar”*³³. É evidente que sua generalização acerca da *Felicidade Ictal* não cabe a muitos dos síndrome epilépticos, como tentava atribuir. Mas seu desconhecimento epileptológico é insignificante frente à marcante influência comportamental que sua obra exerceu no Ocidente³⁷.

Impulsionados pelas observações de seu professor Norman Geschwind, David Bear e Paul Fedio revisaram a literatura médica de 1877 a 1977 em busca das notificações de alterações psiquiátricas e comportamentais associadas à epilepsia. Em seguida, selecionaram os 18 traços mais representativos dentre os levantados e os classificaram em três categorias (Quadro 1). Havia uma significativa concordância entre os dados por eles estabelecidos e aqueles notificados por Waxman e Geschwind. Conceberam então um questionário do tipo resposta forçada que, ao longo de 100 perguntas, procurava por pistas daqueles dezoito traços de personalidade. Respostas positivas eram somadas em um escore de psicopatologia. O questionário foi aplicado a 27 pacientes com epilepsia do lobo temporal e 21 controles normais. Os resultados demonstraram maior pontuação nos pacientes com epilepsia do lobo temporal (ELT)^{12,38}.

QUADRO I – Traços comportamentais pesquisados na escala de Bear-Fedio¹².

| | |
|----------------------|---------------------------|
| emocionalidade | senso de destino / missão |
| tendências maníacas | dependência / passividade |
| depressão | paranóia |
| mau humor | moralismo |
| hipossexualidade | culpa |
| hostilidade | obsessão |
| agressividade | circunstancialidade |
| religiosidade | viscosidade |
| interesse filosófico | hipergrafia |

O estudo de Bear-Fedio foi aprovado por Geschwind e amplamente citado em artigos ulteriores, ao criar um novo teste psicológico e uma base aparentemente sólida de dados. Contudo, seus resultados mostraram-se de pouca aplicabilidade na prática clínica e muitas dificuldades não permitiram validar-se suas conclusões. Uma das razões para tal está no fato de o questionário não separar “comportamento epiléptico” de outros distúrbios comportamentais. Segundo Benson, “ao invés de mostrarem-se úteis, os dados de Bear-Fedio meramente alimentaram a controvérsia corrente”⁸.

Em um segundo estudo, Bear comparou ELT a outras formas de epilepsia, pacientes com esquizofrenia, distúrbio afetivo e desordens de caráter agressivo. O único aspecto que obteve escore ligeiramente maior no grupo ELT foi hipergrafia. Vergara, no Chile, utilizando-se do mesmo questionário, obteve resultados que validavam a escala de Bear-Fedio¹⁷. Nielsen aplicou a mesma escala em indivíduos com ELT com pontas basais (mediais) e laterais. O grupo de pontas basais diferenciou-se ao obter maior pontuação no item hipergrafia¹³. Hermann e Riel, em outro estudo comparativo, notaram pequena diferença entre o grupo de ELT e de epilepsia generalizada, sem, no entanto, haver diferenças no quesito hipergrafia¹⁴.

Mungas¹⁵ e Rodin¹⁶ também compararam a epilepsia a outros distúrbios, mas não notaram pontuação psicopatológica proeminente daquele grupo sobre controles, além de hipergrafia. Em carta subsequente, segundo ato do desentendimento metodológico com David Bear, Ernst Rodin enumera as falhas do trabalho de Bear-Fedio: mau uso de uma técnica estatística denominada análise de função discriminativa linear e não ter usado pacientes com epilepsia primariamente generalizada e doentes psiquiátricos como controles³⁹. Estes resultados contraditórios tiveram seu auge em 1982, quando Stevens publicou sua dúvida sobre a real existência de síndrome comportamental interictal¹⁸.

Observando-se atentamente os estudos de Bear e os subsequentes, surge uma questão radical: o que, afinal de contas, pretendem estes autores encontrar? Partamos do trabalho inicial concreto de Waxman e Geschwind. Neste, sete indivíduos apresentam sinais que podem ser objetivamente vistos como manifestação de hipergrafia / circunstancialidade, hipossexualidade, hiperreligiosidade e irritabilidade. David Bear é duplamente influenciado por esta demonstração: como aluno e como cientista surpreso por esta perspicaz notificação. A elaboração de uma lista de traços comportamentais sobre a estrutura concebida inicialmente por Waxman-Geschwind é o caminho natural dos eventos. Porém, lembremo-nos que as descrições originais foram consideradas singulares o suficiente para serem dignas de nota por autores experientes. Como então esperar que este quadro intrigante possa ser extrapolado a toda uma população de indivíduos com epilepsia, mais especificamente do lobo temporal? Ou (pior ainda), negar a existência de uma ocorrência rara por não tê-la observado numa vasta população? ¹⁸. Em suma, o que temos até o momento são uma descrição original acerca de um quadro singular, uma escala desenhada com o intuito de quantificar psicopatologia, considerada inespecífica, e tentativas frustradas de estender este agregado comportamental a um grande número de indivíduos com ELT. A impossibilidade de se medir distúrbio interictal relacionado a epilepsia do lobo temporal não significa que a condição não exista (falta de evidência não é o mesmo que evidência de falta). Tal fato pode ser comparado à síndrome de Gerstmann. A tétrade agafia, acalculia, agnosia dos dedos e confusão direita-esquerda foi decretada inexistente pela estatística ⁴⁰. No entanto, na prática clínica diária, o achado destes sintomas aponta com certa precisão a disfunção parietal não-dominante.

Diversas entidades clínico-patológicas figuram entre os agentes etiológico-epileptogênicos das crises do lobo temporal. Dentre estes,

evidenciamos mais comumente infecções (cisticercose, encefalite e meningite), traumatismo crânio-encefálico, síndromes epilépticas familiares, atrofia lobar temporal e a esclerose mesial temporal. Entretanto, em muitos pacientes descritos a etiologia não é determinada. Também, em alguns casos, há história pregressa ou concomitante de doença psiquiátrica, de forma que alguns dos pacientes notificados foram inicialmente avaliados em hospitais psiquiátricos. Independentemente da etiologia, um parâmetro importante que deve ser quantificado é o tempo de evolução e a frequência das crises epiléticas. Crises frequentes estão associadas ao surgimento precoce de alteração comportamental. Não temos referência na literatura médica a indivíduos que em curto espaço de tempo tenham desenvolvido sintomatologia intercomicial, excetuando-se aqueles sob regime antiepilético a base de barbituratos. Analogamente, não há descrição de pacientes que tenham história de epilepsia e síndrome comportamental peculiar desde a infância. Neste contexto, deve-se importância especial à esclerose mesial temporal. Esta entidade neuropatológica, observada em nosso paciente, está frequentemente associada à convulsões febris prolongadas na infância ⁴¹, com início precoce das crises (na primeira ou segunda década de vida) e epilepsia de difícil controle.

O mecanismo neurofisiológico da síndrome de Geschwind-Waxman não está elucidado. Porém, hipóteses interessantes foram levantadas, e outras refutadas. A primeira delas nos sugere que a hipergrafia seja uma reação a um processo de amnésia progressiva, principalmente na vigência de lesão hipocampal. Ela foi prontamente afastada por Waxman, uma vez que pacientes com degenerações amnésticas clássicas não costumam apresentar este sintoma. Outra possível explicação sugerida foi a de que um aprofundamento das respostas emocionais na presença de função intelectual relativamente preservada pudesse causar uma compulsão pela difusão e solidificação destes sentimentos.

Fatores psicológicos pessoais e ambientais foram considerados na gênese de distúrbios comportamentais, bem como as drogas antiepiléticas. Muitas pessoas epiléticas são sensíveis sobre sua condição, de modo que não seria difícil construir uma explicação psicodinâmica para o distúrbio⁸. Neste ínterim, uma combinação singular entre estes fatos e o lobo temporal deve ser estabelecida, já que os demais pacientes, que também são barrados pelo preconceito e recebem DAEs, não apresentam esta personalidade.

Outra hipótese procedente traz à discussão a possibilidade de anormalidades congênitas ou do desenvolvimento produzirem a síndrome. Esta sugestão é particularmente atrativa no caso do senhor JCS; pois, o mesmo distúrbio incógnito poderia estar envolvido no episódio das convulsões febris complexas, nas crises epiléticas parciais e generalizadas, na esclerose mesial temporal e no quadro comportamental típico.

Um mecanismo anatômico, que pode ser correlacionado às anormalidades congênitas ou do desenvolvimento, é a base de uma das propostas mais coerentes da atualidade. Para compreensão deste fenômeno, devemos ter em mente que é o hemisfério dominante (usualmente o esquerdo) o responsável pela compreensão e transmissão da linguagem. O hemisfério não-dominante é possivelmente o modulador do conteúdo emocional da linguagem. Desta forma, distúrbios no hemisfério não-dominante levam, por um processo de liberação contralateral (possivelmente através do corpo caloso), a uma mudança da função do hemisfério dominante e alteração do volume escrito e falado. Assim, a resposta usual ao estímulo elétrico de áreas da linguagem no hemisfério esquerdo é uma interrupção da fala. Se esta área for um foco epileptogênico, pode-se observar afasia temporária. Desordens da atividade do hemisfério direito, particularmente das áreas corticais temporais basais / mediais, podem liberar a atividade no hemisfério esquerdo, levando a quadros opostos àqueles

que induzem afasia, e perturbando o grau de produção de linguagem de forma patológica²⁸.

David Bear classificou a síndrome comportamental interictal de Geschwind-Waxman como um síndrome de hiperconexão temporal, estabelecendo uma diferença nítida e diametralmente oposta com o síndrome de hipoconexão temporal de Klüver-Bucy. Enquanto a primeira deve-se a um foco irritativo temporal (aumento da atividade), comumente no pólo anterior, o último ocorre quando há ablação bilateral da amígdala. O quadro típico de um animal experimental com Klüver-Bucy é o de um indivíduo que não tem medo de nada, tem curiosidade extrema sobre qualquer coisa, esquece tudo rapidamente, tem grande tendência ao reconhecimento oral, de forma a pôr tudo na boca e tem um impulso sexual exageradamente aumentado⁴². Além disso, têm hipermetamorfose, declínio cognitivo e placidez. Por outro lado, na hiperconexão temporal, os indivíduos são hipossexuais e têm intensificação cognitiva e emocional (Quadro 2). Das explicações propostas, esta, ainda que pouco testada, é a que melhor transgride o campo especulativo dos possíveis mecanismos da síndrome interictal.

Quadro 2. Diferenças entre as síndromes de hiper e hipoconexão temporal⁸.

| Geschwind-Waxman | Klüver-Bucy |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| hipossexualidade | hipersexualidade |
| viscosidade | hipermetamorfose |
| intensificação cognitiva | dano cognitivo |
| intensificação emocional | placidez |
| foco epileptogênico no lobo temporal | dano estrutural lobo temporal |

Embora uma parcela considerável dos indivíduos com síndrome comportamental interictal inicie sua intrigante apresentação de forma gradual, com interesse crescente em assuntos humanos e metafísicos e compulsão por transcrevê-los ao papel, outro segmento distinto o faz de forma abrupta. Alguns sequer portavam previamente epilepsia. O pintor Magnani, discutido por Sacks, sofreu uma *“crise de decisão, esperança e temor, mas também uma febre alta, perda de peso, delírios, talvez convulsões; sugeriu-se que podia ser tuberculose, ou psicose, ou algum estado neurológico. [...] No pico da doença [...], Franco começou a ter, todas as noites, sonhos avassaladoramente nítidos. Sonhava toda noite com Pontito [...], as ruas, as casas, as construções, as pedras – sonhos com os detalhes mais microscópicos e verídicos. [...] No hospital, com essas imagens oníricas se impondo sobre sua consciência e vontade, foi tomado por um novo sentimento – o sentimento de que estava sendo ‘chamado’”*¹¹. A paciente descrita por Naito, após poucos ataques epiléticos de êxtase dos quais não guardava lembrança, teve em uma manhã *“uma experiência de revelação de Deus e de toda Criação, brilhando sob o sol. O sol tornou-se maior e englobou-me. Minha mente, todo meu ser, foi permeado por uma sensação de encanto”*. Então, começou a transpor em palavras escritas suas sensações ³¹. Por outro lado, em outros pacientes, a tendência hipergráfica é gradativamente ocupada por mensagens religiosas recorrentes.

Hipergrafia é um dos traços relativamente mais óbvios na síndrome interictal, e um conceito de difícil definição, uma vez que não há critérios como número de palavras ou tipo de produção gráfica que estabeleçam seus limites precisos com a “normografia”. Pode ser observada em distúrbios francamente psiquiátricos, como a mania, com o qual compartilham ocasionalmente temas religiosos ⁴³. Na Neurologia, tornou-se o estandarte da síndrome de Geschwind – Waxman e a única manifestação estudada de forma isolada, sendo até mesmo considerada a sua utilidade como indicador de distúrbio do lobo temporal ⁴⁴.

Sachdev e Waxman enviaram cartas a pacientes com diversos síndromes epilépticas, solicitando declarações acerca de sua condição neurológica, na forma de respostas escritas abertas. A maioria dos indivíduos que respondeu ao estímulo tinha epilepsia do lobo temporal (9 de 17 que responderam). De 33 pacientes que não responderam, 7 apenas portavam ELT e 71% dos pacientes com respostas extensas (hipergrafia) tinham foco epileptogênico temporal ⁴⁴. Este estudo tornou-se o paradigma da avaliação comportamental do paciente epiléptico e seu formato foi aproveitado em dois artigos subsequentes, liderados por Hermann. Este ressaltou que a tendência a escrever não é exclusiva de doença do lobo temporal, uma vez que 8 dos pacientes que responderam e 29% dos hipergráficos tinham epilepsia de outro focos. Em um primeiro momento, enviou cartas do modelo Sachdev-Waxman a 138 pacientes pertencentes a três categorias: epilepsia do lobo temporal, epilepsia não-temporal e crises mistas. O grupo do lobo temporal respondeu às mensagens muito mais que os outros. Além disso, apenas indivíduos deste grupo apresentaram respostas realmente extensas ⁴⁵. O segundo estudo correlaciona hipergrafia a um minucioso estudo eletroencefalográfico, escalas de avaliação psiquiátrica e história clínica dos pacientes. Observou-se que quanto menor a idade de início da condição e maior o tempo de evolução, maior a probabilidade de encontrar-se indivíduos que tendam a escrever de forma anormalmente extensa. Além disso, pacientes com altos escores no MMPI Depression e MMPI Hypomania tendiam a escrever, respectivamente, em menor e maior extensão ⁴⁶. Esta associação com hipomania é um ponto em favor da teoria da elação como mecanismo subjacente do ímpeto à comunicação escrita (vide acima). Roberts relacionou a ocorrência de hipergrafia de forma quase absoluta à foco epileptogênico temporal não-dominante, em um estudo da função lateralizadora da presença deste traço ³². Neste foco, através de técnicas de estudo neurofisiológico mais invasivas que o EEG de escalpe, a hipergrafia está mais frequentemente combinada a focos

temporais basais do que mediais. No entanto, Hermann, no estudo acima citado, não confirmou este achado ⁴⁶. Roberts conjectura que a hipergrafia seja um fenômeno de expressão “tudo-ou-nada”, ou seja, ou se tem, ou não se tem hipergrafia. Conforme já havia observado Waxman, este aspecto comportamental não é universal na epilepsia do lobo temporal ⁹. Outrossim, é um fenômeno incomum, que pode facilmente passar despercebido ao se analisar pequenas amostras populacionais. Tal fato é ilustrado nos dois estudos de Hermann sobre os quais se discorreu há pouco: 6-7% das amostras estudadas enviaram respostas desproporcionalmente longas, quando comparadas ao restante dos indivíduos.

O paciente que ora descrevemos é digno de menção especial, por se tratar de um indivíduo com compulsão por uma escrita peculiar. Embora haja citações sobre alguns indivíduos que desenham ⁸, este é o primeiro caso descrito em que o indivíduo se expressa graficamente **exclusivamente** através de desenhos técnicos, alguns de concepção reconhecidamente sofisticada. O paciente oferece resistência ao aprendizado de algumas novas técnicas que lhe aperfeiçoariam o trabalho. Entretanto, as resoluções técnicas que desenvolveu são surpreendentes quando sabemos que ele tem apenas o primeiro grau. De forma genérica, um paralelo pode ser estabelecido com a produção dos demais hipergráficos: a forma minuciosamente dissecada, os detalhes sistematicamente representados e a incomum capacidade de concentração no trabalho intelectual por longos períodos. Em todas as plantas que nos trouxe, mostrou-nos com clareza que não permitiria um desenho incompleto ou mal-feito.

O tratamento da síndrome de Geschwind-Waxman compreende dois aspectos: tratamento das crises e atenção ao comportamento. Parcela considerável das crises originadas no lobo temporal, como as parciais complexas, podem ser controladas com medicação adequada, preferencialmente em monoterapia. A terapia cirúrgica tem indicações apropriadas a cada um dos

possíveis fatores etiológicos. No caso de esclerose mesial temporal, apresentada pelo nosso paciente, a intervenção cirúrgica deve ser ponderada quando da falha do tratamento clínico. Cabe aqui interrelacionar uma faceta do tratamento medicamentoso com o aspecto psicológico. Por exemplo, a hipossexualidade pode ser agravada por DAEs, aspecto no qual barbitúricos são incriminados, e melhorar com tratamento cirúrgico.

A terapia de apoio é crucial nestes pacientes, uma vez que, circunstanciais e viscosos, são considerados “chatos”. Familiares, amigos e médicos sentem-se desconfortáveis em sua presença. Porém, mesmo esta abordagem terapêutica obtêm pouca eficácia, visto que estes indivíduos são refratários e inacessíveis ao insight psicoterápico, por não terem noção do grau psicopatológico de sua condição ⁸.

Finalmente, gostaríamos de ressaltar que as alterações notadas nestes raros indivíduos não costumam trazer grande prejuízo, e não são necessariamente mal-adaptativas. Embora muitos destes pacientes sejam pessoas de difícil convivência, e elas certamente sofrem por isso, elas nos trazem o lado criativo da doença. Ao invés do déficit, o superávit. Em lugar da incapacidade e estagnação, a ebulição da produção ⁴⁷. Este é um aspecto da doença que só a Neurologia e a Psiquiatria têm o privilégio de estudar. E estes potenciais não deveriam ser desperdiçados. Subentenda-se aí o aspecto individual, social, artístico e econômico. É evidente que a habilidade demonstrada por nosso paciente é uma variação pessoal. Tais “dons” podem nunca ser notados se o paciente é cuidado por um médico preocupado apenas na solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Encerramos com o famoso conselho de autoria atribuída a William Osler: “não pergunte qual doença a pessoa tem, mas antes que pessoa a doença tem”.

6. CONCLUSÃO

- O quadro clínico descrito é completamente compatível com aquele inicialmente observado em 1974. A concordância entre a clínica, exames neurofisiológicos e os relatos clássicos de Geschwind e Waxman reforçam a hipótese da existência de um síndrome de personalidade interictal associado à epilepsia do lobo temporal. Esta notificação é amparada pelo trabalho de Roberts ³², que em 1982 solicitava a descrição de novos casos, de forma a obter-se nos ecos do relato original o suporte para a existência da síndrome.

- Não parece possível provar a existência da síndrome de Geschwind-Waxman através de estudos estatísticos. Um paciente com o quadro completo é uma ocorrência rara, e os diversos sintomas espalham-se sobre outros distúrbios epileptológicos, neurológicos e psiquiátricos.

- Esta síndrome ainda porta o mesmo charme de 25 anos atrás, por unir um quadro orgânico, cortical e localizado, à sintomatologia psiquiátrica. E a psiquiatria quase sempre lidou com doenças dificilmente localizáveis no sistema nervoso central. Infelizmente, não temos notícia de outras descrições semelhantes. A esperança creditada por Waxman de que seu trabalho pudesse ajudar a abrir as portas da compreensão do funcionamento da mente e da personalidade ainda está longe de concretizar-se.

REFERÊNCIAS

1. Trevisol-Bittencourt PC, Silva VR, Ferreira LRH, Troiano AR. Medicina alternativa em pacientes com epilepsia em Santa Catarina – Sul do Brasil. Arq Bras Med. No prelo.
2. Gruhle HW. Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. In: Bumke O . ed. Handbuch der Geisteskrankheiten, vol 8. Spezieller Teil 4. Berlin: Springer, 1930:669-728.
3. Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig: Barth, 1909.
4. Samt P. Epileptische Irreseinformen. Arch Psychiatr 1876; 6:110-216.
5. Schorch G. Epilepsie: klinik und forschung. In: Gruhle HW, Jung R, Mayer-Gross W, Müller M, eds. Psychiatrie der Gegenwart Forschung und Praxis, Band II: Klinische Psychiatrie. Berlin: Springer-Verlag. 1960:646-777.
6. Machado de Assis JM. O Alienista, e outras histórias. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1966.
7. Lennox WG. Epilepsy and related disorders. London: J. and A . Churchill, 1960.
8. Benson DF. The Geschwind Syndrome. Advances in Neurology, vol 55. New York: Raven Press Ltd, 1991.
9. Waxman SG, Geschwind N. Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. Neurology 1974; 24:629-636.
10. Waxman SG, Geschwind N. The interictal behaviour syndrome of temporal lobe epilepsy. Arch Gen Psychiat 1975; 32:1580-1586.
11. Sacks O. Um antropólogo em Marte. São Paulo: Companhia das Letras; 1995. p. 165-198.
12. Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behaviour in temporal lobe epilepsy. Arch Neurol 1977; 34:454-467.

13. Nielsen H, Kristensen O . Personality correlates of sphenoidal EEG foci in temporal lobe epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica* 1981; 64:289-300.
14. Hermann BP, Riel P. Interictal personality and behavioural traits in temporal lobe and generalized epilepsy. *Cortex* 1981; 17:125-128.
15. Mungas D. Interictal behavioural abnormality in temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatr* 1982; 39:108:111.
16. Rodin E, Schmaltz S. The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy. *Neurology* 1984; 34:591-596.
17. Vergara F, Fredes A, Guzmán N, Jadue J. Conducta interictal en epilepsia psicomotora. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 1984; 22(4):293-302.
18. Stevens JR. Risk factors for psychopathology in individual with epilepsy. In: Koella WP, Trimble MR, editors. *Temporal lobe epilepsy, mania, schizophrenia and the limbic system*, 1st ed. Karger: Basel 1982. p. 56-80.
19. Kraepelin E. In: Johnstone T, editor. *Lectures in Clinical Psychiatry*. New York: William Wood and Co., 1906.
20. Glaser GH. The problem of psychosis in psychomotor temporal lobe epileptics. *Epilepsia* 1964; 5:271-278.
21. Gibbs FA. Ictal and non-ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy. *J Nerv Ment Dis* 1951; 113:522-8.
22. Beard AW. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy. Physical aspects. *Br J Psychiatry* 1963; 109:113-30.
23. Falret J. De l'état mental des épileptiques. *Arch Gen Med* 1860; 16:661-679.
24. Hughlings Jackson, J. Temporal mental disorders after epileptic paroxysms. *West Riding Lunatic Asylum Rep* 1875-1880;5.
25. Perez MM, Trimble MR. Epileptic psychosis: diagnostic comparison with process schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1980; 137:245-9.

26. Toone BK, Garralda ME, Ron MA. The psychosis of epilepsy and the functional psychosis: a clinical and phenomenological comparison. *Brit J Psychiat* 1982; 141:256-262.
27. Trimble MR. The psychopharmacology of epilepsy. Chichester: John Wiley & Sons 1ed, 1985.
28. Trimble MR, Bolwig TG. Aspects of epilepsy and psychiatry. Chichester: John Wiley & Sons 1ed, 1986.
29. Blumer D, Benson DF. Psychiatric manifestations of epilepsy. In: Benson DF, Blumer D (eds). *Psychiatric aspects of neurologic disease*, vol 2. New York: Grune & Stratton, 1982. p. 25-48.
30. Blumer D. Temporal lobe epilepsy and its psychiatric significance. In: Benson DF, Blumer D (eds). *Psychiatric aspects of neurologic disease*, vol 2. New York: Grune & Stratton, 1975. p. 171-97.
31. Naito H, Matsui N. Temporal lobe epilepsy with ictal ecstatic state and interictal behavior of hypergraphia. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176(2):123-4.
32. Roberts JKA, Robertson MM, Trimble MR. The lateralising significance of hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982; 45:131-138.
33. Alajouanine T. Dostoiewski's epilepsy. *Brain* 1963; 86:209-18.
34. Gastaut H. Fyodor Mikhailovitch Dostoevsky's involuntary contribution to the symptomatology and prognosis of epilepsy. *Epilepsia* 1978; 19:186-201.
35. Gastaut H. New comment on the epilepsy of Fyodor Dostoevski. *Epilepsia* 1984; 25:408-11.
36. Voskuil PHA. The epilepsy of Fyodor Mikhailovitch Dostoevsky. *Epilepsia* 1983; 24:658-667.
37. Marino Neto J. Comunicação pessoal. 1994.

38. Bear DM, Levin K, Blumer D, Chetham D, Ryder J. Interictal behaviour in hospitalized temporal lobe epileptics: relationship to idiopathic psychiatric syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982; 45:481-488.
39. Rodin E. Temporal lobe epilepsy and the Bear-Fedio personality inventory. *Neurology* 1985;35.
40. Benton AL. The fiction of the "Gerstmann syndrome". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1961; 24:176-181.
41. Kanemoto K, Takeuchi J, Kawasaki J, Kawai I. Characteristics of temporal lobe epilepsy with mesial temporal sclerosis, with special reference to psychotic episodes. *Neurology* 1996; 47:1199-203.
42. Guyton AC. *Textbook of Medical Physiology*, 8 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1991.
43. Trimble MR. Hypergraphia. In: Trimble MR, Bolwig TG, editors. *Aspects of epilepsy and psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons: 1988. p. 87.
44. Sachdev HS, Waxman SG. Frequency of hypergraphia in temporal epilepsy: na index of interictal behaviour syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981; 44:358-360.
45. Hermann BP, Whitman S, Arntson P. Hypergraphia in epilepsy: is there a specificity to temporal lobe epilepsy? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983; 46:848-853.
46. Hermann BP, Whitman S, Wyler AR, Richey T, Dell J. The neurological, psychosocial and demographic correlates of hypergraphia in patients with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51:203-208.
47. Sacks O . *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 103-104.

RESUMO

O síndrome de personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal não-dominante foi inicialmente descrito por Waxman e Geschwind em 1974. O quadro consiste de hipossexualidade, hiperreligiosidade, alteração do humor e hipergrafia. Esta primeira notificação foi seguida de extensa busca por estes sinais em uma vasta população de pacientes epiléticos. No entanto, estes estudos científicos fracassaram em encontrar este síndrome na epilepsia do lobo temporal em geral, e sua existência foi, por conseguinte, posta em dúvida. Em apoio à idéia brilhantemente concebida em 1974, apresentamos o caso de um senhor de 35 anos cuja peculiaridade hipergráfica é o desenho de plantas de construção civil em grande quantidade, além da hiperreligiosidade, hipossexualidade e circunstancialidade. É o primeiro relato deste tipo de expressão gráfica, associada à epilepsia parcial complexa e esclerose mesial temporal. Dentre os mecanismos fisiopatológicos propostos, o mais coerente é o da hiperconexão temporal, em contraposição à síndrome de Klüver-Bucy. Embora as crises possam ser controladas, em grande parte dos casos, com tratamento clínico ou cirúrgico, a sintomatologia comportamental é refratária ao tratamento psicoterápico.

SUMMARY

The syndrome of interictal behaviour in non-dominant temporal lobe epilepsy was first described in 1974 by Waxman and Geschwind. Its psychiatric features consist of hypossexuality, hyperreligiosity, humorlessness and hypergraphia. This early notification was followed by an extensive search for these traits in broad epileptic populations. Nevertheless, these statistical studies failed to match this syndrome in general temporal lobe epileptics, and its existence became then target of doubt. In order to support such hypothesis conceived in 1974, we report the case of a 35 year-old man whose singularity lies in his sophisticated drawing abilities, as the large amount of buildings and houses he paints expresses his hypergraphia. He also presents hypossexuality and hyperreligiosity. This is the first report of hypergraphia of this kind, associated to complex partial epilepsy and mesial temporal sclerosis. Temporal hyperconnection, caused by basal temporal kindling, is the most probable physiopathological mechanism. It opposes to Klüver-Bucy syndrome, an experimental model seen in bilateral temporal ablation. Epileptic fits can be controlled in the majority of cases, as a result of clinical or surgical treatment. Behavioural symptoms do not respond to pharmacological approach or psychotherapy.

**TCC
UFSC
CM
0410**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0410

Autor: Troiano, André Rib

Título: Síndrome de geschwind-waxman :



972807212

Ac. 253559

Ex.1 UFSC BSCCSM